



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE
CONSENSO INFORMATO
ESECUZIONE COLON TC – COLONSCOPIA VIRTUALE

Alle ore _____ del _____ ha inizio un incontro tra Medico e il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ il quale dichiara

di non rifiutare di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato

rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni inerenti la propria patologia e il trattamento indicato con riferimento alle seguenti informazioni

indica i seguenti familiari o la persona di sua fiducia incaricati di ricevere le informazioni e di esprimere il consenso in sua vece:

essere stata informata/o in modo chiaro e comprensibile dal Prof./Dott. _____; in particolare è stata fornita ogni informazione circa la **procedura diagnostica ColonTC-“colonscopia virtuale”**.

Viene fornita ogni informazione circa le motivazioni e finalità e sulle modalità di esecuzione dell'indagine e quindi: La colonscopia virtuale è una indagine radiologica che permette di visualizzare l'intero colon tramite l'esecuzione di una Tac dell'addome dopo insufflazione di aria nell'intestino. Allo stato attuale la metodica può essere considerata di scelta, alternativa al **clisma a doppio contrasto**, per la maggiore sensibilità (superiore al 30%) nella diagnosi della patologia polipoide.

La Colo TC inoltre trova indicazioni per pazienti con colonscopia incompleta, con tumore colico occlusivo, per pazienti anziani e per soggetti in cui le condizioni cliniche non permettono l'esecuzione di una procedura invasiva come la **colonscopia convenzionale** che rimane peraltro la metodica **di prima scelta** per lo studio del colon.

Il soggetto può essere sottoposto all'esame solo dopo aver ottenuto un'adeguata pulizia dell'intestino. L'indagine si effettua facendo distendere il Paziente sul lettino della sala Tac e introducendo attraverso l'orifizio anale una sonda rettale di piccole dimensioni (solitamente un

catetere tipo Foley). Viene quindi insufflata aria o CO2 nell'intestino, dopo eventuale ipotonia farmacologica (1 fiala di Buscopan e.v.), fino a quando il soggetto inizia a riferire tensione addominale. Lo scopo è quello di distendere il colon per poter individuare anomalie di parete (innanzitutto polipi, ossia piccoli tumori). La durata dell'esame è mediamente di circa 10 minuti.

La Colo-TC è meno invasiva della colonscopia convenzionale in quanto non è necessario fare procedere uno strumento per tutta la lunghezza del colon, ma viene semplicemente introdotto nel retto un piccolo catetere per l'insufflazione dell'aria nell'intestino. Trattandosi di un esame radiologico il paziente è esposto a radiazioni ionizzanti, potenzialmente dannose (la quantità di radiazioni che vengono assorbite dall'organismo è la medesima di quelle di una Tac standard). Come per ogni esame radiologico, le Pazienti in età fertile non possono né devono essere sottoposte all'indagine se non sono certe di non essere gravide.

L'esame non necessita di anestesia. Nella maggior parte dei casi non è prevista l'introduzione di mezzo di contrasto per via endovenosa. La somministrazione di mezzo di contrasto endovenoso viene impiegata solo quando venga richiesta una valutazione preoperatoria di tumori stenosanti del colon-retto, in pazienti con precedente storia di patologia oncologica ed in qualche caso per migliorare la confidenza diagnostica nel caso di preparazione inadeguata.

Al termine dell'esame il paziente può avvertire dolori addominali e flatulenza; il dolore addominale normalmente si attenua e scompare nell'arco di poche ore; nel caso in cui, al contrario, il dolore tenda ad aumentare nel corso delle ore, è necessario rivolgersi direttamente al Servizio di Radiodiagnostica o comunque al proprio Medico od al Reparto di Pronto Soccorso per ricevere le disposizioni e le cure adeguate.

La complicanza più frequente, seppur con bassissima incidenza, è la **perforazione intestinale** che può verificarsi nello 0,03%-0,05% dei Pazienti sottoposti all'indagine; qualora ciò accada può rendersi necessario (in meno del 25% dei soggetti) un intervento chirurgico in urgenza che può prevedere la creazione di una comunicazione tra l'intestino e la cute.

Le eventuali possibili procedure diagnostiche alternative sono:

le capacità della Struttura sanitaria di intervenire in caso di manifestazioni di complicanze e sul tipo di trattamento od intervento che tali complicanze possono rendere necessario sono le seguenti: _____

i rischi derivanti dalla mancata esecuzione della procedura sono i seguenti:

Sono stato/a altresì informato/a che in questo Istituto non esiste una UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica *pertanto in caso di tale necessità ci potrebbe essere un trasferimento in altra struttura ospedaliera*

Ciò premesso, il/la Paziente alle ore _____

Dichiara che quanto sopra descritto

era / NON era stato già oggetto di informativa resa in occasione di altri/o incontri/o con lo stesso o con altri sanitari della medesima U.O.

Dichiara di

essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente

non esserlo stato

Dichiara, altresì, di

avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto

non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che gli/le sono stati già forniti

di porre le seguenti domande:

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

Quindi, consapevolmente lo/la stesso/a

Acconsente **Non acconsente** al trattamento chirurgico e/o trattamento medico proposto.

Autorizza **Non autorizza** inoltre i sanitari, ove durante l'intervento chirurgico evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, alla cura di tali patologie, anche modificando il programma terapeutico prospettato e preventivamente concordato.

Autorizza **Non autorizza** l'utilizzo dei tessuti e/o organi eventualmente asportatimi durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Inoltre, **Acconsente** **Non acconsente** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"

Il colloquio termina alle ore _____ del _____

Firma del Medico

Firma del/della paziente

REVOCA del Consenso

In data _____ alle ore _____ il/la paziente manifesta la propria intenzione di revocare il consenso sopra espresso.

il Medico _____ prospetta al paziente (e ai suoi familiari poiché vi ha consentito) le conseguenze di tale decisione sintetizzabili come segue: _____

il Medico descrive le possibili alternative sintetizzabili come segue: _____

Il Medico propone di intraprendere le seguenti azioni (anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica): _____

Il Paziente, avendo ben compreso quanto descritto dal Medico pone le seguenti domande: _____

a cui viene fornita esauriente risposta NON viene fornita esauriente risposta

alle ore _____

il paziente

Revoca il consenso precedentemente manifestato

NON lo revoca

Firma Paziente _____

Firma Medico _____